

Fecha de la notificación: _____
 Nombre del caso : _____
 Número : _____
 Nombre del trabajador : _____
 Número : _____
 Teléfono : _____
 Dirección : _____

(ADDRESSEE)

¿Tiene preguntas? Comuníquese con su trabajador.

Audiencia con el Estado: Si usted cree que esta acción está equivocada, puede solicitar una audiencia. En la siguiente página se le explica cómo solicitarla. Es posible que sus beneficios no cambien si usted solicita una audiencia antes de que esta acción entre en vigor.

_____, nuestros expedientes indican que usted

- no firmó el plan del Programa para la Transición de la Asistencia Pública al Trabajo (*Welfare to Work - WTW*) en _____.
- no participó en _____ en _____.
- no progresó de manera satisfactoria en su actividad de _____ porque _____.
- no aceptó un empleo en _____.
- no conservó su trabajo en _____.
- no mantuvo la misma cantidad de ingresos ganados.

NECESITAMOS HABLAR CON USTED

Para evitar que se reduzca la asistencia monetaria de su familia, tenemos que hablar con usted sobre este problema. Hemos hecho una cita para usted para _____, a las _____, en _____. Si para poder ir a la cita necesita transporte o cuidado de niños, llame a su trabajador de WTW al número de teléfono que aparece a continuación:

Nombre del trabajador de WTW: _____
Número de teléfono: _____

Si no puede ir a esta cita, tiene que llamar a su trabajador para que le dé otra cita. A menos que tenga un motivo justificado, usted solamente puede cambiar esta cita una sola vez. También puede llamar por teléfono a su trabajador para hablar sobre el problema en vez de tener una cita. Tiene que llamar por teléfono a su trabajador para hacer una nueva cita o para hablar sobre el problema a más tardar en _____.

Cuando hable con su trabajador, se le preguntará si tuvo un motivo justificado ("una buena razón") para no hacer lo que se le pidió que hiciera. Si verificamos que tuvo un motivo justificado, la asistencia monetaria de su familia no se reducirá a causa de este problema. Algunos ejemplos de motivos justificados son el no tener cuidado de niños o no tener transporte. Para otros motivos justificados, vea el formulario de determinación de un motivo justificado que se incluye con esta notificación.

La asistencia monetaria de su familia tampoco se reducirá si usted puede demostrarnos que debió de estar exento durante el tiempo en que no participó en su actividad de WTW.

Si usted no tiene un motivo justificado para no hacer lo que le pedimos que hiciera, puede estar de acuerdo con un plan de cumplimiento para las reglas de WTW. La asistencia monetaria para su familia no se reducirá si está de acuerdo con el plan de cumplimiento y luego hace lo que dice. Si usted está de acuerdo con el plan de cumplimiento y luego no hace lo que dice, la asistencia monetaria de su familia se reducirá. Si esto sucede, usted recibirá una notificación por separado.

Reglas: Las siguientes reglas, las cuales puede revisar en la oficina de bienestar público, son pertinentes.
 CalWORKs (Programa de California de Oportunidades de Trabajo y Responsabilidad hacia los Niños): MPP (Manual de Prácticas y Procedimientos), Sección 42-712 (exenciones); 42-713 (motivo justificado); 42-721 (falta de cumplimiento y motivo justificado).
 Programa de Estampillas para Comida: MPP, Sección 63-407.521.

CÓMO EVITAR QUE SE DESCONTINÚE SU ASISTENCIA MONETARIA

A partir de _____, la asistencia monetaria para su familia se reducirá de \$ _____ a \$ _____, a menos que usted nos demuestre que tuvo un motivo justificado para no hacer lo que pedimos que hiciera. Si no tiene un motivo justificado, puede estar de acuerdo con un plan de cumplimiento para evitar que se descontinúe su asistencia monetaria. Si no está de acuerdo con un plan de cumplimiento, no recibirá otra notificación antes de que se descontinúe su asistencia monetaria.

En la página 2 aparece la información sobre cómo calculamos cuánto su familia va a recibir si se descontinúa su asistencia monetaria.

Nosotros no pagaremos el transporte ni los gastos relacionados al trabajo o entrenamiento si ya no recibe asistencia monetaria. Es posible que paguemos por el cuidado de niños si usted trabaja o va a la escuela.

CÓMO VOLVER A RECIBIR ASISTENCIA MONETARIA

Si se descontinúa su asistencia monetaria, usted puede volver a recibir asistencia monetaria si es elegible y se comunica con el Condado y les avisa que quiere volver a recibir asistencia monetaria; luego hace lo que el Condado le pide.

PARA COMUNICARSE CON EL CONDADO ACERCA DE CÓMO VOLVER A RECIBIR ASISTENCIA MONETARIA, LLAME A

_____.

¿NECESITA ASISTENCIA LEGAL GRATUITA? Puede recibir ayuda gratuita sobre este problema en:

La oficina local de asesoramiento legal: () _____

La organización estatal para la defensa de los derechos relacionados a la asistencia pública: () _____

Estampillas para comida: Si el no cumplir con los requisitos de WTW también ocasiona una sanción en las estampillas para comida, es posible que no pueda recibir estampillas para comida. Si hay una sanción en las estampillas para comida, recibirá otra notificación indicándole cuánto tiempo se descontinuarán las estampillas para comida.

Medi-Cal: Esta notificación NO cambia ni suspende sus beneficios de Medi-Cal (Programa de Asistencia Médica de California). **Conserve sus tarjetas de plástico de identificación de beneficios.**

NOTIFICACIÓN DE ACCIÓN

(Continuación)

CONDADO DE _____

STATE OF CALIFORNIA
HEALTH AND HUMAN SERVICES AGENCY
CALIFORNIA DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

Si no tiene un motivo justificado para no hacer lo que le pedimos que hiciera, o si no está de acuerdo con un plan de cumplimiento, la asistencia monetaria de su familia cambiará a partir de _____, de la siguiente manera:

Fecha de la notificación : _____
Nombre del caso : _____
Número : _____

Cantidad mensual de asistencia monetaria para el período de _____ a _____.

Sección A. Ingresos contables

Total de ingresos provenientes de trabajo por cuenta propia \$ _____
Gastos del trabajo por cuenta propia:
a. Estándar del 40% - _____
O
b. Gastos verdaderos - _____
Ingresos netos provenientes de trabajo por cuenta propia = _____

Total de ingresos no ganados basados en incapacidad/discapacidad (Miembros de la unidad de asistencia + los que no son miembros) \$ _____
Deducción de \$225 - _____
Ingresos no ganados basados en incapacidad/discapacidad no exentos = _____
O
Cantidad que no se usó de la deducción de \$225 = _____

Total de ingresos ganados \$ _____
Ingresos netos provenientes de trabajo por cuenta propia (de la parte de arriba) + _____
Subtotal = _____
Cantidad que no se usó de la deducción de \$225 (de la parte de arriba) - _____
Subtotal = _____
Deducción del 50% por los ingresos ganados - _____
Subtotal = _____
Ingresos no ganados basados en incapacidad/discapacidad no exentos (de la parte de arriba) + _____
Otros ingresos no exentos (miembros de la unidad de asistencia + los que no son miembros) + _____
+ _____
Ingresos netos contables = _____

Sección B. Su asistencia monetaria

1. Asistencia máxima para _____ personas (miembros de la unidad de asistencia + los que no son miembros) \$ _____
2. Necesidades especiales (miembros de la unidad de asistencia + los que no son miembros) + _____
3. Ingresos netos contables de la Sección A - _____
4. Subtotal = _____
5. Asistencia máxima para _____ personas (sólo la unidad de asistencia) (excluyendo a personas sujetas a la regla sobre el MFG [pago máximo que una familia puede recibir] y personas que han sido sancionadas) \$ _____
6. Necesidades especiales (sólo la unidad de asistencia)+ + _____
7. Subtotal de asistencia máxima = _____
8. **Subtotal de asistencia del mes completo para el período** (la cantidad de la línea 4 ó 7, la que sea menor) ... = _____
9. Línea 8 prorrateada para parte del mes = _____
10. Ajustes: Sanción del 25% por mantenimiento de hijos - _____
Pago excesivo - _____
Sanción de Cal-Learn* - _____
Cantidad adicional (bonus) de Cal-Learn* + _____
11. **Cantidad mensual de asistencia monetaria para el período** (línea 8 ó 9 después de los ajustes) = _____
12. Cantidad actual de asistencia monetaria (si esta cantidad es más que el #11, su asistencia monetaria no cambiará) = _____

* Cal-Learn (un programa de California para la educación de los padres adolescentes que reciben asistencia monetaria)

SU DERECHO A UNA AUDIENCIA

Usted tiene derecho a solicitar una audiencia si no está de acuerdo con cualquier acción que el condado tome. Solamente tiene 90 días para solicitar una audiencia. Los 90 días comenzaron el día después de la fecha en que el condado le dio o envió esta notificación.

Si solicita una audiencia antes de que entre en vigor una acción en relación a la asistencia monetaria, Medi-Cal (Programa de Asistencia Médica de California), estampillas para comida, o cuidado de niños:

- Su asistencia monetaria/Medi-Cal no cambiará mientras espera a que se lleve a cabo la audiencia.
- Es posible que sus servicios de cuidado de niños no cambien mientras espera a que se lleve a cabo la audiencia.
- Sus estampillas para comida no cambiarán mientras espera a que se lleve a cabo la audiencia o hasta el final de su período de certificación, lo que ocurra antes.

Si la decisión de la audiencia indica que estamos en lo correcto, usted nos deberá cualquier asistencia monetaria, estampillas para comida o servicios de cuidado de niños que haya recibido de más. Para que reduzcamos o paremos sus beneficios antes de la audiencia, marque a continuación: Sí, reduzcan o paren:

Asist. monetaria Estamp. para comida Cuidado de niños

Mientras que espera la decisión de una audiencia relacionada a: Programa para la Transición de la Asistencia Pública al Trabajo (Welfare to Work):

No tiene que participar en las actividades.

Es posible que reciba pagos en relación al cuidado de niños para trabajar y participar en actividades aprobadas por el condado antes de esta notificación.

Si le dijimos que los pagos para sus otros servicios de apoyo pararían, no recibirá más pagos, aunque participe en la actividad.

Si le dijimos que pagaríamos sus otros servicios de apoyo, se le pagarán de acuerdo a la cantidad y de la manera que le indicamos en esta notificación.

- Para recibir esos servicios de apoyo, tiene que participar en la actividad en que el condado le pidió que participara.
- Si la cantidad que el condado le pague para servicios de apoyo mientras que espera la decisión de la audiencia no es suficiente para que usted pueda participar, puede dejar de participar en la actividad.

Cal-Learn (un programa de California para la educación de los padres adolescentes que reciben asistencia monetaria):

- No puede participar en el Programa de Cal-Learn si le dijimos que no le podemos asistir.
- Solamente pagaremos los servicios de apoyo de Cal-Learn si se trata de una actividad aprobada.

OTRA INFORMACION

Miembros de planes de cuidado médico administrado de Medi-Cal: Es posible que la acción de esta notificación no le permita recibir servicios de su plan de salud de cuidado médico administrado. Puede comunicarse con la oficina de servicios de membresía de su plan de salud si tiene preguntas.

Mantenimiento de niños y/o en relación al cuidado de la salud: La oficina local de mantenimiento de hijos le ayudará gratuitamente a cobrar mantenimiento de hijos, aunque usted no esté recibiendo asistencia monetaria. Si ahora cobran mantenimiento de hijos para usted, continuarán haciéndolo a no ser que usted les pida por escrito que lo dejen de hacer. Le mandarán la cantidad actual de mantenimiento que se cobre pero se quedarán con los atrasos que se cobren que se le deban al condado.

Planificación familiar: La oficina de bienestar le dará información cuando usted la pida.

Expediente de audiencia: Si solicita una audiencia, la División de Audiencias con el Estado abrirá un expediente. Usted tiene derecho a ver este expediente antes de la audiencia y a recibir una copia de la declaración escrita de posición del condado relacionada a su caso por lo menos dos días antes de la audiencia. Es posible que el estado le dé el expediente de audiencia de usted al Departamento de Bienestar, y a los Departamentos de Salud y Servicios Humanos y de Agricultura de los Estados Unidos (**Secciones 10850 y 10950 del Código de Bienestar Público e Instituciones [W&I].**)

PARA SOLICITAR UNA AUDIENCIA:

- Complete esta página.
- Haga una copia de ambos lados de esta hoja para sus expedientes. Si la pide, su trabajador le dará una copia de esta hoja.
- Envíe o lleve esta hoja a:

O

- Llame gratuitamente al: **1-800-952-5253**. Las personas sordas/con problemas del habla que usan TDD* pueden llamar al **1-800-952-8349**.

Para obtener ayuda: Puede pedir información acerca de su derecho a una audiencia o sobre oficinas de asesoramiento legal llamando a los teléfonos estatales gratuitos mencionados arriba.

Es posible que pueda recibir asesoramiento legal gratuito en la oficina local de asesoramiento legal o en la oficina de defensa de los derechos relacionados a la asistencia pública.

Si no quiere ir a la audiencia solo, puede llevar a un amigo o a otra persona con usted.

PETICION PARA UNA AUDIENCIA

Deseo solicitar una audiencia a causa de una acción tomada por el Departamento de Bienestar Público del Condado de _____ acerca de mi(s):

Asistencia monetaria Estampillas para comida Medi-Cal

Otro (anote) _____

La razón es la siguiente: _____

- Si necesita más espacio, marque aquí y adjunte otra hoja.
- Necesito que el estado me proporcione un intérprete gratuitamente. (Un familiar o un amigo no puede actuar como intérprete de usted en la audiencia.)

Mi idioma o dialecto es el: _____

NOMBRE DE LA PERSONA A QUIEN LE NEGARON, CAMBIARON O PARARON LOS BENEFICIOS

FECHA DE NACIMIENTO NUMERO DE TELEFONO

DIRECCION: CALLE

CUIDAD ESTADO CODIGO POSTAL

FIRMA FECHA

NOMBRE DE LA PERSONA QUE COMPLETA ESTE FORMULARIO NUMERO DE TELEFONO

- Quiero que la persona nombrada a continuación me represente en esta audiencia. Doy permiso para que esta persona vea mis expedientes o vaya a la audiencia por mí. (Esta persona puede ser un amigo o familiar, pero no puede actuar como su intérprete.)

NOMBRE NUMERO DE TELEFONO

DIRECCION: CALLE

CUIDAD ESTADO CODIGO POSTAL